TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr MAURICE RAYNAUD

SUPPLÉMENT

PARIS
J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
—
1920

PREMIÈRE PARTIE

A. — EXPOSÉ DES TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — TITRES

Admis au bénéfice de l'admissibilité pour les concours suivants au Concours d'Agrégation de Médecine générale (Paris 1913).

Chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine d'Alger (Section de Médecine générale) :

Du 1er novembre 1913 au 31 octobre 1916 ;

Du 21 février 1919 au 31 octobre 1919 ;

Du 1er novembre 1919 au 31 octobre 1920.

II. — ENSEIGNEMENT

Cours de Pathologie interne.

Conférences cliniques aux stagiaires du Service de clinique médicale.

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES ET PUBLICATIONS

1913

INDEX CHRONOLOGIQUE

Spondylite typhique (*Bulletin médical de l'Algérie*, 25 février 1913), avec le Professeur ARDIN-DELTEIL et M. COUDRAY.

Déviations du complément avec le *Melitensis* et le *Paramelitensis* (*Société de Biologie*, 31 mai 1913, p. 1175), avec L. NÈGRE.

Le Traitement du trachome par des inoculations sous-conjonctivales de virus trachomateux (*Société de Biologie*, 31 mai 1913, p. 1176), avec G. Trabut et L. Nègre.

Psychose polynévritique chez un cirrhotique (*Société médicale d'Alger*, 17 décembre 1913), avec le professeur Ardin-Delteil et M. Coudray.

Infection typhoïdique ayant débuté par une orchite aiguë : orchido-typhus (*Bulletin médical de l'Algérie*, 25 décembre 1913, p. 825), avec le Professeur V. Gillot.

1914

Zona sans éruption. Paralysie faciale consécutive (*Société médicale d'Alger*, 8 janvier 1914), avec le Professeur Ardin-Delteil.

Syndrome méningé dans la fièvre récurrente nord-africaine (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 juin 1914, p. 1126), avec le Professeur Ardin-Delteil, Coudray et Derrieu.

Note sur les réactions cytologiques observées dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de fièvre récurrente nord-africaine (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 juin 1914, p. 1149), avec le Professeur Ardin-Delteil, Coudray et Derrieu.

Un cas de dysenterie à *Balantidium coli* (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3 juillet 1914), avec le Professeur Ardin-Delteil, Derrieu et Coudray.

Dysenterie chronique à flagellé nouveau (*Société de Pathologie exotique*, 8 juillet 1914, p. 571), avec Derrieu.

1919

Chauffage du sérum dans le séro-diagnostic de la fièvre ondulante (*Société de Pathologie exotique*, 9 avril 1919, p. 171), avec L. Nègre.

Race de *M. paramelitensis* isolée par hémoculture (*Société de Pathologie exotique*, 9 avril 1919, p. 173), avec L. Nègre.

1920

Note sur l'existence d'un foyer épidémique d'encéphalite léthargique à Alger (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 5 mars 1920), avec le Professeur Ardin-Delteil.

Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique. Les formes choréiques (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 5 mars 1920), avec le Professeur Ardin-Delteil.

Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique. Formes ambulatoires pouvant simuler les débuts de la paralysie générale (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 mars 1920), avec le Professeur Ardin-Delteil et Derrieu.

Kyste hydatique du cerveau (*Société anatomique de Paris*, 13 mars 1920), avec G. Pelissier.

Splénopneumonie et pleurésie interlobaire, avec le Professeur Ardin-Delteil, (*Paris médical*, 1920).

B. — TITRES MILITAIRES

I. — ETAT DES SERVICES

Rappelé à l'activité à la mobilisation générale le 2 août 1914 comme médecin aide-major de 1re classe et affecté à l'Institut Pasteur d'Algérie comme faisant partie du personnel de cet établissement.

19 *janvier* 1915. — Affecté au 19e bataillon du Génie à Hussein Dey. Chargé en même temps d'organiser un dépôt de convalescents pour les blessés du front d'Orient.

15 *juillet* 1915. — Promu médecin major de 2e classe.

14 *juin* 1916. — Mis à la disposition du directeur du Service de santé de la division d'Oran.

26 *juin* 1916. — Nommé médecin-chef de l'Hôpital de Mécheria (Sud oranais).

2 *septembre* 1916. — Nommé médecin-chef de l'Hôpital de Colomb-Béchard (Extrême-Sud oranais).

21 *octobre* 1916. — Nommé médecin-chef de l'Hôpital militaire d'Aumale.

22 *novembre* 1916. — Dirigé sur la gare régulatrice de Creil.

18 *janvier* 1917. — Affecté à l'ambulance 1/62 (Xe Armée et Ve Armée, Somme et Champagne).

11 *juillet* 1917. — Nommé médecin-chef de l'ambulance de triage 4/1 (Ve Armée).

11 *décembre* 1917. — Nommé médecin-chef de l'ambulance 5/5 (Ve et VIe Armées). Chargé d'organiser cette ambulance en Centre de contagieux. Chargé ensuite, en novembre 1918, d'organiser, avec le secours de quatre autres ambulances, le Centre de contagieux et le Centre de rapatriement de Sedan dont il assure les fonctions de médecin-chef.

15 *janvier* 1919. — Rappelé dans l'Afrique du Nord.

14 *février* 1919. — Affecté à l'Hôpital Maillot (médecin traitant).

Démobilisé à Alger le 19 mars 1919.

II. — CITATION

Citation à l'ordre du Service de santé de l'Armée nº 96, le 1er juillet 1918 :

« A fait preuve de beaucoup de sang-froid et de fermeté dans l'exécution du repli de sa formation du 28 au 31 mai, malgré d'énormes difficultés causées par le bombardement, l'approche de l'ennemi et le manque de moyens de transports. S'était déjà distingué dans l'organisation et la direction du Centre de médecine de Sapicourt qui était un véritable modèle. »

Signé : LASNET.

DEUXIÈME PARTIE

EXPOSÉ ANALYTIQUE DES TRAVAUX ORIGINAUX (1)

I. — MÉLITOCOCCIE

Chauffage du sérum dans le séro-diagnostic de la fièvre ondulante. — Société de Pathologie exotique, 9 avril 1919, p. 171 (avec L. Nègre).

Déviation du complément avec le Melitensis et le Paramelitensis. — Société de Biologie, 31 mai 1913, p. 1175 (avec L. Nègre).

Race de M. Paramelitensis isolée par hémoculture. — Société de Pathologie exotique, 9 avril 1919, p. 173 (avec L. Nègre).

Nos recherches antérieures sur le diagnostic sérologique de la mélitococcie nous avaient amenés à cette conclusion que des sérums provenant d'individus certai-

(1) Des difficultés d'impression nous ont obligé à réduire cette analyse que nous bornons à quelques-unes des infections que nous avons plus particulièrement étudiées.

nement indemnes de fièvre ondulante peuvent agglutiner le *M. melitensis*, mais que cette propriété particulière de certains sérums disparaît par un chauffage à 56° pendant 30 minutes. Les agglutinines spécifiques au contraire résistent à ce chauffage. Nous nous en étions assurés, à défaut de sérums provenant de malades mélitococciques, en employant des sérums d'animaux expérimentalement infectés.

Depuis lors, nous avons pu observer quatre cas de fièvre ondulante à hémoculture positive. Chez ces malades, l'agglutination du *M. melitensis* s'est produite exactement au même taux (à 1/500 chez trois d'entre eux, à 1/100 chez le quatrième) avant ct après chauffage du sérum.

Ces faits confirment donc ce que nous avions déjà annoncé et répondent aux objections de certains auteurs qui, tout en reconnaissant l'efficacité du procédé, prétendaient que les agglutinines spécifiques pouvaient dans certains cas être détruites par le chauffage.

Le procédé que nous avons recommandé conserve donc toute sa valeur.

Nous avions déjà signalé dès le mois de mai 1912 l'existence, à côté du *M. melitensis*, de races particulières s'en distinguant par leurs propriétés d'agglutination et pour lesquelles nous avions proposé le nom de *Paramelitensis*. Ces faits ont été confirmés depuis par Basset Smith en 1913, par Labonnette et M. et Mme Delanoe, en 1916, qui ont observé des cas de fièvre ondulante à *M. paramelitensis*. Nous avons pu nous-même isoler par hémoculture une variété spéciale qne ses propriétés

agglutinatives classent entre le *Melitensis* et le *Paramelitensis*.

Ces faits, nous le répétons, sont importants à connaître : l'emploi d'un *Paramelitensis* pour l'épreuve du séro-diagnostic peut laisser passer inaperçus des cas authentiques de mélitococcie et inversement des paramélitococcies peuvent rester insoupçonnées puisque le sérum de tels malades n'agglutine pas ou qu'à de très faibles taux le *M. melitensis*.

II. — TYPHUS RÉCURRENT

Syndrome méningé dans la fièvre récurrente nord-africaine. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 19 juin 1914, p. 1126 (avec le Professeur Ardin-Delteil, Coudray et Derrieu).

Note sur les réactions cytologiques observées dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de fièvre récurrente nord-africaine. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 19 juin 1914, p. 1149 (avec le Professeur Ardin-Delteil, Coudray et Derrieu).

Au cours d'une épidémie ayant sévi à Alger pendant l'hiver 1913-1914 nous avons noté avec une fréquence insolite des signes d'irritation méningée assez intenses pour imprimer à l'allure clinique de la maladie un cachet spécial : nous en rapportons 16 observations recueillies sur 41 malades, soit dans une proportion de 39 p. 100 des cas.

Ce syndrome méningé se caractérise cliniquement par de la céphalée, de la rachialgie, de la raideur de la nuque, du signe de Kernig, et de façon moins constante, par des vomissements et de la constipation ; de plus nous avons noté quelquefois des troubles psychiques, plus ou moins accentués. Il apparaît avec le premier accès ; il se reproduit ordinairement lors des accès suivants, mais cependant avec moins de fréquence. Il semble qu'il soit en rapport avec l'intensité de l'attaque et s'il manque plus souvent dans les accès consécutifs, c'est qu'en règle générale ces accès diminuent de durée et d'intensité à chaque nouvelle rechute. Dans leur intervalle, il s'atténue sans disparaître complètement. Chez les malades traités par le 606 ou ses dérivés, l'amélioration est beaucoup plus rapide : il disparaît définitivement en un ou deux jours. Il semble donc bien que l'apparition et l'évolution de ce syndrome méningé soient en rapport avec l'activité pathogène du spirille : intensité maxima pendant les accès, au moment de la septicémie spirillaire ; atténuation marquée pendant la période apyrétique séparant les accès, alors que les spirilles disparaissent momentanément de la circulation sanguine et que leur activité nocive semble éteinte pour un moment ; disparition beaucoup plus rapide et définitive quand la médication spécifique mise en œuvre détermine la sidération du parasite et la stérilisation de l'organisme.

La ponction lombaire montre un liquide clair, limpide, s'écoulant le plus souvent en jet et toujours hyperalbumineux. On admettait généralement que le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de typhus récurrent ne présentait pas de réaction cytologique appré-

ciable. Nous l'avons au contraire observée de façon constante et quelquefois très marquée, se caractérisant par une formule presque exclusivement lymphocytaire (22,5, 42,9 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte).

Dans aucun cas nous n'avons pu déceler la présence de spirilles, pas plus que celle d'autres agents microbiens.

Nous arrivions donc à cette première conclusion que les manifestations méningées sont fréquentes au cours du typhus récurrent et qu'elles s'accompagnent de modifications marquées du liquide céphalo-rachidien.

Poursuivant cette étude, nous avons alors, chez tous nos typhiques, présentant ou non des signes d'irritation méningée, fait un examen systématique du liquide céphalo-rachidien.

Sur onze malades n'ayant aucun signe clinique d'irritation méningée nous avons noté une réaction cytologique constante et souvent très intense (jusqu'à 92 et 93 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte). Cette réaction cellulaire n'est donc pas proportionnelle aux signes cliniques observés, puisque dans ces cas il n'existait pas de syndrome méningé. On peut la rapprocher des réactions latentes observées au cours d'autres maladies infectieuses telles que le zona, les oreillons, la syphilis secondaire.

Cette réaction cellulaire existe aussi marquée dans l'intervalle des accès et disparaît de façon progressive une huitaine de jours en moyenne après le dernier accès.

En résumé, nous pouvons dire qu'au cours du typhus récurrent, il existe de façon constante une réaction cyto-

logique à prédominance lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien. Ces modifications anatomiques peuvent être isolées et rester latentes ; elles peuvent aussi être associées à des manifestations cliniques qui se traduisent par un syndrôme méningé caractéristique.

III. — DYSENTERIE

Un cas de dysenterie à Balantidium coli. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 3 juillet 1914 (avec le Professeur Ardin-Delteil, Derrieu et Coudray).

Dysenterie chronique à flagellé nouveau. — Société de Pathologie exotique, 8 juillet 1914, p. 571 (avec Derrieu).

Les observations de dysenterie à *Balantidium coli* ne sont pas nombreuses dans la littérature médicale. Dopter, dans son *Traité des Dysenteries*, en 1909, en avait réuni 120 cas et remarquait qu'aucun d'eux n'avait été encore signalé en France. C'est ce qui fait l'intérêt de notre observation qui constitue la première observation française de dysenterie à *Balantidium coli*.

Chez un autre malade atteint de dysenterie chronique, nous avons pu isoler un flagellé nouveau.

Ce parasite se présente dans les selles, à l'état frais, sous forme d'éléments mobiles, ovalaires, de la taille d'un leucocyte. Le corps se différencie en une masse centrale et une masse périphérique plus claire. Chez certains élé-

ments le pôle postérieur s'effile en un prolongement en forme de queue qui parfois adhère à des particules contenues dans les selles. Le parasite se balance sur ce pédicule comme une feuille sur sa tige.

Après coloration au Giemsa, il apparaît comme un corps ovalaire de 10 à 15 μ de long sur 9 à 13 μ de large. Il possède un noyau et un blépharoplaste. De ce blépharoplaste partent une membrane ondulante se terminant par un flagelle et cinq flagelles dont la longueur varie de 10 à 17 μ. On distingue enfin dans le corps du parasite un axostyle curviligne très net.

Nous nous trouvons donc en présence d'un parasite nouveau, voisin du *Trichomonas intestinalis*, mais s'en distinguant par la présence de 5 flagelles constants au lieu de trois et, en l'honneur de notre Maître, nous l'avons fait connaître sous le nom d'*Hexamastix Ardin-Delteili*.

Cliniquement, il avait donné lieu à un syndrome dysentériforme prolongé, tenace et n'ayant cédé de façon définitive qu'à un traitement térébenthiné (par la bouche et en lavements).

Commentant notre communication, M. Mesnil faisait remarquer que le nom d'*Hexamastix* que nous avions appliqué à ce flagellé était déjà préoccupé, ayant été créé en 1912 par Alexeieff pour l'espèce *Polymastix batrachorum*. Il propose donc pour notre parasite le nom de *Pentatrichomonas* par analogie avec le *Tetratrichomonas* créé en 1910 par Parisi pour le *Trichomonas Prowazeki Alexeieff* qui a quatre flagelles au lieu de trois.

En résumé, le *Pentatrichomonas Ardin-Delteili* appartient au genre *Trichomonas* dont il constitue un sous-genre.

IV. — ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE

Note sur l'existence d'un foyer épidémique d'encéphalite léthargique à Alger. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 5 mars 1920 (avec le Professeur Ardin-Delteil).

Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique. Les formes choréiques. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 5 mars 1920 (avec le Professeur Ardin-Delteil).

Nouvelles modalités cliniques de l'encéphalite aiguë épidémique. Formes ambulatoires pouvant simuler les débuts de la paralysie générale. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 19 mars 1920 (avec le Professeur Ardin-Delteil et Derrieu).

L'encéphalite léthargique dont notre Maître M. le Professeur Ardin-Delteil avait déjà signalé l'apparition à Alger au début de l'année 1918 a donné lieu pendant l'hiver 1919-1920 à une explosion épidémique qui se poursuit encore à l'heure actuelle. Dans une première note, nous en rapportons dix-sept observations recueillies en quelques semaines chez des malades habitant Alger et ses environs ou provenant de départements voisins, ce qui montre déjà l'importance et l'extension rapide de cette épidémie.

Ces cas se sont présentés avec l'allure clinique que l'on reconnaît généralement à cette affection et dans laquelle le début infectieux fébrile, la léthargie, les troubles ocu-

laires se sont associés de façon presque constante, mais dans des proportions variables suivant les malades. Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ces faits actuellement bien connus.

Nous rappellerons seulement quelques particularités cliniques présentées par nos malades.

Tout d'abord le délire : il est pour ainsi dire constant ; souvent intense, à prédominance nocturne ; délire professionnel ou hallucinatoire ; délire quelquefois très précoce, pouvant précéder de 6 à 8 jours et même davantage les premiers signes caractéristiques de l'affection.

Nous avons noté chez certains malades une augmentation du tonus musculaire ; chez l'un d'eux, cette hypertonie était à ce point généralisée qu'elle lui donnait un aspect soudé, rigide avec impassibilité du masque et fixité du regard rappelant à s'y méprendre l'allure du parkinsonnien.

Plus fréquentes ont été les contractions musculaires involontaires : tremblement menu des extrémités rappelant celui des alcooliques, des paralytiques généraux, secousses musculaires à type myoclonique, mouvements choréiformes. Dans quelques cas, ces derniers se sont montrés avec des caractères tellement nets, ont revêtu une importance tellement marquée qu'ils donnaient à l'allure de la maladie un aspect particulier sur lequel nous avons par la suite insisté.

Signalons enfin le cas d'une de nos malades qui a réalisé de façon transitoire un syndrome thalamique nettement caractérisé.

Tels sont les faits d'encéphalite léthargique que nous avons observés. Ils nous ont permis de prendre contact

en quelque sorte avec cette affection, et partant d'une base bien établie, de dépister ensuite des formes moins caractéristiques, dont nous avons à deux reprises signalé les modalités.

Nous avons tout d'abord insisté sur les formes choréiques dont nous rapportons quatre observations. Tous ces malades, en même temps qu'un début infectieux fébrile, ont présenté une agitation choréiforme généralisée rappelant par ses caractères la chorée de Sydenham. Chez deux d'entre eux, les paralysies oculaires et la léthargie ont été nettement caractérisées ; chez le troisième, les paralysies oculaires ont été fugaces, disparaissant en vingt-quatre heures ; la léthargie s'est montrée très atténuée, durant quarante-huit heures à peine ; enfin chez le quatrième, il n'y eut à aucun moment ni troubles oculaires, ni léthargie. Nous assistons donc à une dégradation progressive des signes qui jusqu'ici semblaient caractériser l'affection, tandis qu'au contraire, par leur précocité, par leur intensité, par leur durée, les mouvements choréiques ont occupé le premier plan de la scène clinique. Ces formes particulières d'encéphalite aiguë épidémique nous ont paru mériter d'être isolées sous le nom de formes choréiques.

Dans une troisième note, nous faisons allusion à une autre modalité particulière que nous avons observée au cours de cette épidémie. Il s'agit de trois malades, qui se présentaient au premier abord comme des paralytiques généraux : et l'on notait chez eux de troubles psychiques avec état démentiel, affaiblissement intel-

lectuel, perte de mémoire, désorientation dans le temps et dans l'espace ; des troubles moteurs avec diminution légère de la force musculaire, tremblement menu des extrémités, trémulation fibrillaire des lèvres et de la langue rendant la parole hésitante, bredouillante, en somme un ensemble de signes rappelant quelquefois à s'y méprendre la maladie de Bayle.

Mais à les examiner de plus près on s'apercevait que ces phénomènes s'étaient installés de façon rapide, après une période infectieuse de courte durée ; on était frappé de les voir apparaître en série, ces malades étant entrés dans nos salles à quelques jours d'intervalle, comme s'il s'était agi de quelque maladie épidémique ; la réaction de W. recherchée dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien restait négative ; enfin, l'évolution ultérieure, la régression rapide de ces phénomènes achevaient de caractériser cette forme particulière d'encéphalite. Sans doute il s'agissait bien d'encéphalite diffuse, mais dans laquelle le tréponème n'intervenait pas et qu'il fallait rattacher au virus, jusqu'ici inconnu, de l'encéphalite aiguë épidémique.

Ces faits étaient intéressants à signaler. Ils nous montrent que l'encéphalite déborde du cadre étroit où on l'avait anatomiquement située. Si le mésocéphale représente la localisation élective du virus qui la détermine, il faut admettre qu'il n'en constitue pas la localisation exclusive et que celle-ci peut largement déborder son territoire pour s'étendre à l'encéphale tout entier.

TABLE DES MATIÈRES

Première partie.

Deuxième partie.

Exposé analytique des Travaux originaux.

ORLÉANS, IMP. H. TESSIER